

490

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

Par PAUL-EUGÈNE JOY

Né à Fontainebleau (Seine-et-Marne), le 14 juillet 1851

RÉFLEXIONS

SUR UN

Cas de brièveté accidentelle du Cordon ombilical

Brièveté du cordon — Effacement du col utérin
Rétrocession du travail

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. } GARIEL, Professeur.
 } MARCHAND et VARNIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

490

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Juillet 1895, à 1 heure

Par PAUL-EUGÈNE JOY

Né à Fontainebleau (Seine-et-Marne), le 14 juillet 1854

RÉFLEXIONS

SUR UN

Cas de brièveté accidentelle du Cordon ombilical

**Brièveté du cordon — Effacement du col utérin
Rétrocession du travail**

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { GARIEL, Professeur.
 { MARCHAND et VARNIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	} DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.....	} POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	} BERGER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	} TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	REITERER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FRÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR TUFFIER

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

Les hasards de la clientèle nous ayant mis en présence d'un bel exemple de brièveté accidentelle du cordon ombilical, nous avons cru devoir prendre l'observation de ce cas comme sujet de notre thèse inaugurale. Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

- 1° Observation personnelle.
- 2° De la brièveté du cordon ombilical.
- 3° De l'effacement du col de l'utérus.
- 4° De la rétrocession du travail.
- 5° Conclusions.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de profiter de l'occasion qui s'offre à nous de remercier publiquement et bien sincèrement les Maîtres qui nous ont initié aux sciences médicales ; que M. le Professeur Jaccoud et M. le Professeur Terrier reçoivent l'assurance de notre profonde reconnaissance pour la bonté et la sympathie qu'ils nous ont prodiguées alors que nous faisons notre stage hospitalier dans leurs

services ; que notre maître en anatomie M. le Professeur agrégé Tuffier dont la sollicitude est si connue de tous ses élèves et particulièrement de nous, veuille bien agréer nos remerciements.

Nous nous souviendrons toujours avec grand plaisir des deux années, passées par nous, à la Maternité de Lariboisière ; c'est là, entouré des conseils et des leçons de Mlle Carrier, maîtresse sage-femme, de MM. Varnier et Lepage, alors internes, aujourd'hui accoucheurs des hôpitaux, que nous avons appris à aimer l'art des accouchements, que ces jeunes maîtres acceptent toute notre gratitude.

Notre vénéré Maître, M. le Professeur Pinard, qui en maintes circonstances nous a aidé de ses conseils et qui, aujourd'hui, nous fait l'honneur de présider notre thèse, voudra bien croire à nos sentiments les plus respectueux.

OBSERVATION I (Personnelle).

Madame Serv., quai de la Marine, Ile Saint-Denis (Seine), âgée de 37 ans, de taille moyenne, bien constituée, n'a jamais été malade, secondipare, a eu son premier enfant à 27 ans ; la première grossesse et les premières couches ont été normales. Madame Serv. a eu ses dernières règles du 13 au 17 septembre 1886, je l'ai vue plusieurs fois pendant sa grossesse qui a été très bonne ; à mon dernier examen, il y a quinze jours, le fœtus était

vivant et se présentait en OI DP ; un souffle très net était perçu à gauche par l'auscultation.

Le 10 juin 1887, à 9 heures du matin, je suis appelé auprès de ma cliente ; les douleurs ont commencé à se faire sentir dès 2 heures du matin ; je procède à l'examen :

1° Le palper révèle que le fœtus se présente par la tête, que celle-ci est peu engagée et que sa position est IGA ; la position a donc changé depuis ma dernière visite.

2° L'auscultation donne un fœtus vivant et confirme le diagnostic fourni par le palper ; le souffle dont j'ai parlé plus haut est toujours à gauche et très net.

3° Par le toucher je trouve le col ayant toute sa longueur, perméable et dilatable dans une certaine mesure ; ce mode d'exploration fait voir que la tête n'est pas très engagée et confirme une fois de plus le diagnostic établi.

Comme mesure antiseptique, je fais moi-même une injection d'eau chaude à 48° contenant 50 centigr. de biiodure mercure pour 1,000 gr. d'eau.

A partir de midi et demi, je renouvelle assez souvent les injections, vers 3 heures, les douleurs sont plus fréquentes et plus fortes ; le fœtus est vivant ; le col de l'utérus sous l'influence des contractions s'efface et la dilatation atteint le diamètre d'une pièce de cinq francs, mais dès que la douleur cesse la dilatation disparaît et le col reprend toute sa longueur ; je suis frappé de ce fait, aussi pour m'assurer que je n'interprète pas mal les sensations perçues par mon doigt, je le maintiens à demeure dans le col pendant les contractions et pendant les intervalles qui les séparent ; voici ce que j'ai constaté à dix douleurs consécutives : chaque fois que la tête du fœtus sous l'influence d'une contraction venait appuyer sur le segment inférieur de l'utérus, mon doigt sentait la paroi du col s'éloigner de lui progressivement pour s'effacer complètement et ne laisser que l'orifice interne et dès

que la contraction cessait, la tête remontait, la paroi cervicale revenait sur mon doigt et la dilatation disparaissait.

A 6 heures les douleurs deviennent beaucoup plus fortes, je constate que la tête s'engage davantage et que maintenant le col reste effacé et dilaté après les contractions.

Ma cliente se plaint de ressentir, au moment des contractions, une douleur assez vive dans le flanc gauche.

A 9 heures, la dilatation est presque complète et je n'attends que le moment favorable pour rompre la poche de eaux, quand tout-à-coup les douleurs deviennent moins fortes, moins fréquentes et enfin cessent complètement; la tête remonte, le col revient sur lui-même et reprend toute sa longueur, je suis surpris de ce fait.

L'état de ma cliente est très bon, la douleur qu'elle ressentait dans le flanc gauche va décroissant; il n'y a pas de perte de sang; le fœtus ne souffre pas et est bien portant.

A 11 heures, Madame Serv. repose tranquillement et je la quitte en priant son mari de me faire prévenir à la moindre alerte. Rien ne se produit dans la nuit; le lendemain ma cliente, à peu près remise des fatigues de la veille, reprend ses occupations journalières.

Le 23 juin, à 2 heures du matin, c'est-à-dire 13 jours après, Madame Serv. est prise à nouveau de douleurs, je suis appelé auprès d'elle vers 9 heures. Le fœtus est vivant et se présente toujours en OIGA, le souffle funiculaire est toujours perçu très distinctement et la patiente ressent la même douleur dans le flanc gauche lorsque se produisent les contractions; le col est dilatable mais non effacé.

Injections anti-septiques comme précédemment.

Vers 4 heures du soir les douleurs augmentent en fréquence et en intensité, la tête s'engage de plus en plus, le col s'efface peu à peu et ne revient plus sur lui-même après les contractions.

Je remarque que du sang absolument pur s'échappe par les

parties génitales dans les très fortes douleurs, or comme ces parties génitales sont indemnes de toute lésion, que la poche des eaux est intacte, j'en conclus que le sang vient du placenta.

A 8 heures la tête du fœtus sort de la vulve en rompant les membranes et avec deux circulaires au cou ; je passe les circulaires par dessus l'occiput avec beaucoup de difficulté et j'achève l'accouchement très rapidement car la tête est excessivement cyanosée. Le placenta sort presque immédiatement, il est complet ainsi que les membranes. Le cordon de volume ordinaire mesure 54 centimètres.

L'enfant est une fille très bien constituée et pesant 3 kg. 270 g. Ma cliente perdant beaucoup de sang, je fais immédiatement une injection intra-utérine à 48°, au bout de très peu de temps l'hémorragie s'arrête et l'organe gestateur revient sur lui-même.

Il y a encore pendant les trois jours suivants des pertes de sang qui sont combattues avec succès par les injections chaudes et Mme Serv. recouvre la santé.

N. B. — Afin que l'on ne prenne pas le temps qui s'est écoulé entre le faux et le vrai travail comme grossesse prolongée, nous devons ajouter qu'il y a eu des rapports sexuels immédiatement après la dernière époque des règles.

De la brièveté du cordon ombilical

Hippocrate dans son livre de l'accouchement à 8 mois parle de l'entortillement du cordon ombilical autour du cou du fœtus et du danger qui en résulte.

Le Dr Hirtz, dans son mémoire, rapporté par Capuron à l'Académie de médecine, sur la brièveté native ou accidentelle du cordon commence son histoire et sa chronologie obstétricales à Louise Bourgeois et la continue jusqu'à Moriceau, La Motte, Levret, Burton, Smellie, Fried et Rœderer dont aucun, dit-il, n'hésite à regarder la brièveté du cordon ombilical comme une cause de retard ou d'entrave à l'accouchement.

Parmi les modernes il cite Osiander et Wigand en Allemagne; Bush à Berlin; Guillemot et Chailly en France.

Ensuite, au nombre des accoucheurs qui rejettent l'influence de la brièveté du cordon ombilical sur la durée du travail de l'accouchement, il place Baudelocque et toute son école et ses successeurs, dont il ne cite que Gardien en France; Schmayer et Kolschwetter en Allemagne; Brogivauni en Italie.

Enfin suivant le Dr Hirtz, Velpeau n'attache que peu d'importance à cette question et admet seulement la possibilité de l'obstacle, tandis que Moreau regarde la brièveté du cordon comme une cause de dystocie et professe le plus grand doute sur la réalité des signes qui l'indiquent.

Depuis, les auteurs classiques admettent comme possibles la lenteur et même l'arrêt spontané du travail occasionnés par la brièveté native ou accidentelle du cordon, mais personne ne peut donner comme certains les signes fournis par la mère et le fœtus.

Voici ces signes et par qui ils ont été d'abord observés. (Thèse d'ag. de Chantreuil).

1° Retrait subit de la tête (Roederer.)

2° Ecoulement de sang après chaque douleur. (Roederer, Leroux, Levret.)

3° Douleurs localisées en un point fixe de l'utérus. (Osiander, Wigand.)

4° Lenteur du travail.

5° Elévation de la température. (Winchel.)

6° Par le palper abdominal Charrier et Winchel ont pu sentir des anses du cordon enroulées autour du fœtus.

7° Kennedy, Depaul, etc., ont signalé au moyen de l'auscultation l'existence du souffle funiculaire dans beaucoup de cas où il y avait des circulaires.

Dans notre observation nous avons relevé tous ces signes sauf l'élévation de la température et nous avons vu qu'il y avait bien en effet, brièveté accidentelle puis-

que le cordon ne mesurait que 54 centimètres avec 2 circulaires au cou du fœtus.

Il est évident que chacun de ces phénomènes observé isolément chez une femme en travail ne peut avoir une importance au point de vue du diagnostic de la brièveté du cordon, cela a été parfaitement établi ; mais il n'en est pas moins vrai que la constatation d'un de ces signes doit faire rechercher les autres avec beaucoup de soin, car si de leur connaissance il est impossible de faire un diagnostic ferme de brièveté du cordon on doit du moins en déduire une ligne de conduite toute spéciale. *Il faut savoir temporiser tant qu'il ne se produit d'accidents ni du côté de la mère ni du côté du fœtus.*

La rupture prématurée des membranes chez une femme se trouvant dans les conditions énoncées dans notre observation peut mettre l'accoucheur en présence de plusieurs éventualités : d'abord il n'y a pas brièveté du cordon et l'accouchement s'achève normalement ou bien avec hémorrhagie ; ou bien enfin il y a brièveté du cordon et rétrocession du travail. Dans la seconde partie de la deuxième éventualité il y a danger imminent pour la mère et gros embarras pour l'accoucheur. Dans la troisième éventualité, si c'est un docteur qui assiste la parturiente, les conséquences d'une application de forceps dans l'excavation ou au détroit supérieur sur un fœtus pouvant avoir des circulaires et contenu dans un utérus inerte, seules subsistent. Mais si la malade est assistée par une sage-femme, à la situation précédente s'ajoute l'obligation d'envoyer quérir un docteur en médecine d'où double danger ;

d'abord pour le fœtus qui reste privé de son liquide amniotique et qui devra subir l'application de forceps; ensuite pour la mère qui peut être contaminée par les microbes de l'extérieur.

Aussi pour terminer nous répétons avec les Maîtres : lorsqu'une femme en travail présente un ou plusieurs signes qui peuvent faire supposer la brièveté du cordon, que la mère et le fœtus ne sont pas en danger, il ne faut jamais rompre la poche des eaux avant la dilatation complète, *même si le col est dilatable*.

La patience est une qualité qui ne doit jamais faiblir chez ceux qui pratiquent l'art des accouchements.

EFFACEMENT DU COL

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire des différentes transformations que subissent le segment inférieur et le col de l'utérus avant et pendant le travail ; le précis d'accouchements de Ribemont-Desaignes et Lepage et surtout la magnifique synthèse que M. le Professeur agrégé Varnier a faite de la question l'ont trop bien exposé. Rappelons seulement que depuis les travaux de Schroeder, Stratz, Hofmeir, Waldeyer, Pinard, Varnier, etc., on admet que : 1° le col conserve sa longueur pendant toute la durée de la grossesse jusqu'au début du travail ; 2° le segment inférieur de l'utérus est constitué jusqu'à la fin de la grossesse par la partie inférieure du corps de l'organe ; 3° l'effacement du col se fait toujours de haut en bas.

La troisième proposition n'est pas toujours vraie pour certains accoucheurs, lorsqu'il s'agit de femmes multipares et nous voyons en effet dans le cas que nous avons relevé, l'effacement du col s'est fait de bas en

haut, au moins dans le faux travail qui a eu lieu le 10 juin.

Nous disons dans notre observation: « vers 3 heures, les douleurs sont plus fréquentes et plus fortes ; le fœtus est vivant ; le col de l'utérus sous l'influence des contractions s'efface et la dilatation atteint le diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, mais dès que la douleur cesse, la dilatation disparaît et le col reprend toute sa longueur ; je suis frappé de ce fait, aussi pour m'assurer que je n'interprète pas mal les sensations perçues par mon doigt je le maintiens à demeure dans le col pendant les contractions et pendant les intervalles qui les séparent. Voici ce que j'ai constaté à 10 douleurs consécutives : chaque fois que la tête du fœtus, sous l'influence d'une contraction, venait appuyer sur le segment inférieur de l'utérus, mon doigt sentait la paroi du col s'éloigner de lui progressivement pour s'effacer complètement et ne laisser que l'orifice interne, et dès que la contraction cessait, la tête remontait, la paroi cervicale revenait sur mon doigt et la dilatation disparaissait.

Ainsi le col s'effaçait circulairement, s'épanouissait de bas en haut pour ne laisser que l'orifice interne que le doigt délimitait très exactement.

Nous avons expliqué ce phénomène de la façon suivante : La force de contraction dont le but est de redresser l'utérus et de pousser le fœtus vers le segment inférieur, vers l'orifice interne, point faible de l'organe, se trouvant contrarié, plus ou moins contrebalancé par la tension du cordon ombilical faisait que les fibres mus-

culaires de la portion intérieure du col se contractaient plus rapidement que celles de la portion voisine de l'orifice interne et du segment inférieur lui-même.

D'après cela nous pouvons donc dire que dans certains cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical, toute la force de contraction peut ne pas agir sur le segment inférieur de l'organe gestation, qu'à cause de cela le mode d'effacement du col peut être changé et qu'après chaque contraction le col peut reprendre toute sa longueur.

Rétrocession du Travail

Les anciens accoucheurs, à la suite de Levret, appelaient faux travail ou fausses eaux l'ensemble des phénomènes qui se passent quelquefois au cours de la grossesse ; c'est-à-dire douleurs, contractions de l'utérus, dilation et effacement du col, puis cessation de toutes ces manifestations et retour à l'état normal après un temps plus ou moins long, soit spontanément, soit sous l'influence du repos ou d'une médication appropriée.

Charrier, en 1858, a donné le nom de rétrocession du travail à l'ensemble des phénomènes rétroactifs constitué par la cessation des contractions et des douleurs et la reformation du col ; c'est la seconde partie du faux travail.

Les classiques tout à fait actuels, Tarnier, Charpentier, Ribemont, Dessaignes et Lepage ont adopté l'expression de Charrier, ils signalent en quelques lignes la rétrocession du travail et en indiquent la rareté. L'expression de Faux Travail n'est même plus reproduite.

Nous pensons que l'expression de fausses eaux a été abandonnée avec juste raison car dans tout faux travail il n'y a pas nécessairement écoulement de liquide hydorrhéique, nous pensons aussi qu'il ne faut pas rejeter l'expression de faux travail pour celle de rétrocession car c'est s'exposer à voir prendre la partie pour le tout.

Nous disons que dans tout faux travail il n'y a pas nécessairement écoulement de liquide hydorrhéique car sont considérés comme au moins très contestables les cas de faux travail où aurait eu lieu l'écoulement du *liquide amniotique* après rupture de la poche des eaux (1).

La rareté des cas de faux travail, le peu de place que les auteurs classiques donnent à cet accident de la grossesse font que beaucoup d'accoucheurs peuvent oublier son existence et s'exposer à commettre des erreurs vis-à-vis de leurs clientes en affirmant qu'un travail commencé doit nécessairement se terminer par un accouchement.

Velpeau dans un mémoire sur le faux travail de l'enfantement dit : « Un accoucheur exercé parvient toujours sans trop de peine, pour peu qu'il y mette des soins, à distinguer les phénomènes qui font croire à certaines femmes qu'elles vont accoucher, quand elles ne sont pas même enceintes, de ceux qui caractérisent le travail véritable. Il en est de même pour la grossesse tant que l'utérus n'est pas le siège de douleurs et qu'il

(1) Nous entendons ici la rupture complète des membranes et non leur simple perforation comme les auteurs en citent quelques cas.

ne se contracte pas. Mais il serait inexact de croire que la dilatation du col, les contractions de la matrice, la tension des membranes, une fois commencées, ne peuvent jamais disparaître complètement pour ne revenir qu'au bout de plusieurs semaines ; en d'autres termes que le travail une fois déclaré ne peut se suspendre en entier avant la sortie de l'œuf. »

Le professeur Velpeau à l'appui de ce dire cite un certain nombre d'observations.

Charrier, en 1858, répète ce qu'avait dit Velpeau, cite 4 observations et donne, comme nous l'avons dit plus haut, le nom de rétrocession du travail à la seconde partie du faux travail.

Le Dr Lizé, du Mans dans les Annales de gynécologie de Paris de 1881 signale le mutisme des ouvrages de Cazeaux, de Chailly, de Jacquier, de Verrier, etc., etc., sur la question de suspension du travail et rapporte une observation personnelle.

A notre observation personnelle nous allons ajouter celles de ces auteurs.

OBSERVATION II (Velpéau).

Je fus appelé au mois de février 1824, rue d'Orléans, près d'une dame, enceinte pour la deuxième fois et qui souffrait depuis 4 heures, les douleurs étaient régulières, faibles et séparées par des intervalles assez longs. Le col, très mou, assez large pour

permettre l'introduction de trois doigts, n'était pas complètement effacé. Déjà le sommet de l'œuf commençait à s'y engager, et, lors de la douleur, les membranes affleuraient le haut du vagin, devenaient lisses et tendues, pendant que d'un autre côté je sentais l'orifice et le corps de l'utérus se durcir et se contracter avec une certaine énergie. Il était 10 heures du soir. J'annonçais que le travail ne se terminerait pas avant plusieurs heures. Je revins chez moi après avoir recommandé de m'avertir dès que les eaux seraient écoulées. N'ayant été prévenu ni le lendemain ni le second jour, je crus qu'on avait eu recours aux conseils de quelqu'autre personne et je n'y songeai plus. Six semaines après je fus mandé de nouveau, et ce ne fut pas sans être surpris, je l'avoue, car je croyais l'accouchement terminé depuis longtemps. Cette fois les phénomènes persistèrent et l'accouchement s'effectua.

OBSERVATION III (Velpeau).

Une femme âgée d'environ 35 ans, enceinte pour la quatrième fois, vint accoucher à mon amphithéâtre au mois de mars 1827. Comme la précédente, elle se croyait à terme; il était 8 heures du soir, des douleurs faibles et éloignées existaient depuis plusieurs heures. Je la touchai et trouvai le col mou, fortement incliné en arrière et offrant encore une certaine épaisseur dans l'intervalle des douleurs; pendant les souffrances il était mince, tendu, dilaté de la largeur d'une pièce de deux francs et commençait à se laisser pénétrer par le segment inférieur des membranes. On sentait très distinctement la matrice se durcir et se contracter. Les élèves restèrent près de la malade jusqu'à onze heures; mais les symptômes du travail qui avaient légèrement augmenté d'intensité jusque-là, diminuèrent ensuite et de telle sorte que le

lendemain matin, tout était rentré dans le calme; c'est-à-dire qu'il n'y avait plus ni douleurs, ni contractions de l'utérus, ni dilatation du col, ni tension des membranes, ni écoulements de glaires. Un mois après, les mêmes phénomènes reparurent pendant une nuit, cessèrent, ne revinrent qu'au bout de 48 heures et la délivrance définitive ne s'effectua que le dixième jour à partir de ce dernier terme. La tête du fœtus se trouvait arrêtée au-dessus et au-devant des pubis, de sorte que l'enfant présentait plutôt le côté du cou ou la tempe que le sommet de l'occiput proprement dit, et qu'il fallut remédier à cette disposition vicieuse pour permettre à l'accouchement de se faire.

OBSERVATION IV (Vélpeau).

Madame F. . ., âgée de 35 ans, rue de la Calandre, pensant être dans les douleurs de l'enfantement au mois de février 1828, fit appeler auprès d'elle, M. D. . ., qui lui annonçait qu'elle accoucherait bientôt; c'était sa neuvième grossesse. Le troisième jour, le travail n'avançant pas on fit venir M. le Dr P. . . qui affirma que le col était dilaté de la longueur d'une pièce de 3 livres, que la poche des eaux se formait, que les contractions de la matrice étaient évidentes, mais qu'il n'avait pu reconnaître la présentation de l'enfant. Un troisième médecin, puis un quatrième, puis un cinquième sont consultés successivement, et ne trouvent plus de dilatation de col. Ces apparences de travail disparurent peu à peu et c'est seulement au bout de deux mois que l'accouchement eut lieu.

OBSERVATION V (de Smellie rapportée par Velpeau).

En 1774, Smellie fut appelé par un jeune accoucheur près d'une femme en travail depuis 15 heures. Je la touchai, dit-il, et trouvai l'orifice de la matrice ouvert du diamètre d'un petit écu, mais épais et très tendre. J'observai que les douleurs étaient très légères et ne revenaient qu'à de longs intervalles. Cette femme portait son premier enfant et, selon son calcul, il s'en fallait encore de trois semaines qu'elle ne fut à terme. Je conseillai qu'on lui tirât du sang et qu'on lui fit prendre quelque opiat ; par ce moyen les douleurs la quittèrent et elle n'accoucha qu'au bout de 3 semaines.

OBSERVATION VI (Velpeau).

A sa première grossesse l'épouse du Professeur Fodéré eut des douleurs d'enfantement bien manifestes au temps présumé de la parturition ; M. Fodéré la toucha et sentit distinctement une vessie pleine d'eau ; cependant tout se termina par une abondante évacuation de sérosités ; la santé se rétablit et l'accouchement n'eut lieu que quarante jours après.

A la deuxième grossesse, Madame Fodéré éprouva les mêmes phénomènes au terme de neuf mois et ne fut délivrée qu'un mois après les avoir ressentis.

OBSERVATION VII (de Bartholin rapportée par Velpeau).

Une femme est prise des symptômes du travail 15 jours avant son terme; la poche des eaux se déchire, le calme se rétablit et l'accouchement est remis a trois semaines.

OBSERVATION VIII (de Morlanne de Metz rapportée par Velpeau).

Une femme ressent tous les signes de l'enfantement; contractions douloureuses; dilatation du col, tension des membranes, puis déchirure de la poche et sortie des eaux. Cependant ces phénomènes finissent par se suspendre et l'accouchement n'a lieu que six semaines plus tard.

OBSERVATION IX (Velpeau).

Une dame âgée de 24 ans, enceinte pour la troisième fois et qui n'avait rien éprouvé de particulier dans ses grossesses précédentes; est prise de douleurs au mois d'octobre 1828, se croit à terme et envoie chercher la sage-femme. Madame Desalles la touche; le col est effacé, tendre, large comme une pièce de deux francs; pendant les douleurs, qui reviennent régulièrement à des intervalles assez rapprochés on sent manifestement la matrice se durcir, se contracter et les membranes bomber. Il était deux heures du matin; au bout de deux ou trois heures ces symptômes

commencèrent à diminuer, le soir à 8 heures ils avaient complètement cessé; le col était refermé; il n'y avait plus ni douleurs, ni contractions utérines et la délivrance ne s'effectua que cinq semaines après.

OBSERVATION X (de M. Boivin rapportée par Velpeau).

Une femme de campagne se croyant à terme, en travail depuis trente heures et en danger fait appeler Madame Boivin au milieu de la nuit. Les douleurs sont vives, les contractions utérines évidentes, assez fortes même; le col qui offre encore beaucoup d'épaisseur, est absolument dilaté; il s'amincit, s'efface et se durcit à chaque contraction; les membranes se tendent et des flocons glaireux s'échappent du vagin; cet état se maintient près de trois jours, puis tout rentre dans l'ordre et ce n'est qu'au bout de un mois que la parturition a lieu.

Il faut considérer les observations qui suivent seulement au point de vue du faux travail et non au point de vue de la naissance tardive.

OBSERVATION XI (de M^{me} Boivin).

Une jeune dame de 27 ans, qui n'avait jamais eu d'enfant, devint enceinte dans les cinq premiers jours du mois d'août 1828. Immédiatement après, elle fut à la campagne, éprouva tous les symptômes de l'imprégnation. A la fin du neuvième mois, des

douleurs se firent sentir dans les lombes et dans l'hypogastre, avec assez de force pour faire croire qu'elle allait accoucher et l'engager à faire appeler Madame Boivin; cette personne cependant n'accoucha que le 16 mai 1829, onze jours après le terme.

OBSERVATION XII (de M^{me} Boivin).

Une dame âgée de 30 ans, ayant eu trois couches régulières; puis quatre accouchements, redevint enceinte pour la huitième fois, le 9 juillet 1828, à neuf mois il y eut quelques symptômes de travail, mais qui cessèrent bientôt pour ne reparaitre que le 1^{er} mai 1829, vingt-deux jours après le terme.

OBSERVATION XIII.

Deux faits du même genre ont été rapportés par M. Albert dans les journaux allemands et reproduits dans le journal du Dr Omodéi, ainsi que dans les archives du mois de juin 1829, par M. Ollivier. On remarque un retard de quarante-cinq jours dans l'un et de trente-trois dans l'autre. Dans les deux cas des symptômes de travail se sont manifestés à neuf mois.

OBSERVATION XIV (Velpéau).

Une femme non mariée, ayant déjà eu trois enfants, fait connaissance avec un homme qu'elle n'avait pas l'habitude de fréquenter, se livre à lui et ne le revoit plus; en même temps qu'elle

est abandonnée par celui avec lequel elle vivait depuis longtemps et les signes ordinaires de la grossesse surviennent à l'instant. Cette femme est une de celles qui servent aux exercices pratiques des élèves dans nos amphithéâtres, et n'a par conséquent aucun intérêt à tromper sur ce point. Elle vint se faire toucher à ma salle, au terme de quatre mois : on sentait le fond de l'utérus au-dessus du pubis ; le col commençait à s'incliner et à remonter en arrière ; les mouvements actifs du fœtus sentis par elle-même, furent également sentis par nous ; je pus aussi distinctement reconnaître les mouvements passifs, à l'aide du ballottement et nombre d'élèves vérifièrent avec moi ce phénomène.

A neuf mois exactement, cette femme qui revenue plusieurs fois au toucher éprouva les symptômes du travail et se rendit à l'amphithéâtre vers les 7 heures du soir. A 8 heures je l'examinai, les douleurs étaient déjà assez vives, portaient de la région ombilicale et allaient se rendre dans le petit bassin ; le col mou, dilaté de la longueur d'une pièce de trois livres, s'amincissait et s'élargissait sensiblement ; enfin les contractions utérines étaient incontestables. Ces symptômes disparurent le lendemain 30 mars 1827, se montrèrent le 29 avril et l'accouchement n'eut réellement lieu que le 9 mai.

OBSERVATION XV (Velpéau, clinique des hop., t. III. p. 78).

Madame R. . . , grande, bien conformée, d'une excellente santé habituelle, eut un premier accouchement long et difficile ; l'enfant se présentait par les fesses. La deuxième couche fut bien plus prompte et plus facile, quoique les fesses vinssent encore les premières. A sa troisième grossesse, des douleurs expulsives s'étant déclarées, un médecin fut appelé et resta près d'elle pen-

dant plus de quatre heures. Alors le travail cessa pour ne revenir décidément qu'au bout de cinq semaines.

Une quatrième gestation offrit la même particularité : le médecin trouva le vagin rempli de mucosités, l'orifice assez dilaté pour permettre l'introduction de l'indicateur, mais épais, dur, et ayant à gauche une petite tumeur ronde, semblable à une tumeur hémorroïdale et fort douloureuse au moindre contact. Les douleurs se succédaient assez fréquemment et étaient fortes. « Après deux heures d'attente, le col n'ayant subi aucun changement, je prescrivis, dit l'auteur, des bains, le repos et des infusions calmantes. Un mois après, un véritable travail commença, il fut long, mais enfin il se termina bien. L'enfant présentait les fesses en première position. »

A la cinquième grossesse, des douleurs très vives dans les lombes et dans le bas ventre survinrent un peu après le huitième mois; l'humidité du vagin et la dilatation du col me firent penser que les eaux s'étaient écoulées, je cherchai avec soin le tubercule que j'avais déjà trouvé précédemment; il offrait la même forme et occupait la même place. Je restai quelques heures auprès de la malade, par pure complaisance. Les douleurs s'affaiblissent bientôt et l'accouchement en tout semblable aux précédents n'eut lieu qu'au bout de trois semaines.

Le 11 décembre 1820, Madame Q... me fit appeler pour des douleurs qui lui annonçaient le terme de sa grossesse. Mais éclairé par les parturitions précédentes, ayant constaté le peu de développement du col et la présence du tubercule douloureux, je prédis que ce n'était qu'un faux travail et que l'accouchement ne se ferait que beaucoup plus tard. Une saignée du bras avait été pratiquée comme de coutume, vers la fin du septième mois, on donna des bains de siège, des lavements; on prescrivit le repos absolu et un régime un peu sévère. Les accidents ne tardèrent pas à se calmer, et le 8 janvier suivant, vingt-huit jours

après l'apparition du premier travail, la délivrance s'effectua heureusement; l'enfant vint par les fesses comme tous ceux qui l'avaient précédé.

OBSERVATION XVI (Charrier).

La nommée Louise G. . . entre à la Maternité le 5 juillet 1854. Elle est multipare, âgée de 22 ans, couturière, elle se dit enceinte de 7 mois 1/2 et demande son admission parce qu'elle a des varices très douloureuses aux membres inférieurs et qu'elle ne peut marcher. Cette malade accuse quelques douleurs dans le bas ventre.

Le soir à 4 heures j'examine cette femme pour constater le terme de sa grossesse; je trouve un commencement de travail, cependant l'utérus n'est pas très développé et remonte à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En appuyant sur le ventre on sent l'utérus s'ériger, se durcir; le col est entièrement effacé et la dilatation de l'orifice est de 3 à 4 centimètres de diamètre; les contractions sont un peu douloureuses et pendant ce temps on perçoit la tension des membranes qui s'engagent dans l'orifice. La malade dit avoir perdu depuis deux jours des glaires qu'elle compare à des blancs d'œuf. La fontanelle postérieure du fœtus est à gauche et en avant, derrière la cavité cotyloïde gauche. L'auscultation donne aussi tous les signes d'une première position du sommet.

J'annonçais à la malade que bien probablement elle accoucherait dans la soirée ou dans la nuit.

Le 6 juin à 8 heures du matin nouvel examen; la dilatation n'est pas plus grande que la veille, au soir; l'orifice est dilatable, pas très mince; les contractions se sont éloignées; la malade a très bien dormi. Repos horizontal. 20 gouttes de laudanum en

lavements. A 4 heures 1/2 du soir, les contractions n'ont pas reparu, de nouvelles glaires se sont écoulées en assez grande quantité ; l'orifice semble être un peu revenu sur lui-même, il est plus épais, souple ; les membranes ne bombent plus.

Le 7 à 8 heures du matin, l'orifice est notablement diminué, il est épais ; la dilatation peut être comparée à la circonférence d'une pièce de 2 francs.

Le 8 à 8 heures du matin, l'orifice est très épais ; il ne permet plus que l'introduction du doigt ; le col semble se reformer.

Le 9 le col est long d'un centimètre à peu près, évasé en entonnoir à base inférieure comme celui d'une multipare.

Cette femme resta dans le service sans nouvelle perte de liquide, sans nouveau début de travail jusqu'au 10 juillet, jour où elle accoucha, c'est-à-dire 35 jours après ce début et cette suspension de travail. L'enfant pesait 2 kilogs 500, était bien constitué mais ne paraissait pas tout à fait à terme ; le placenta tout à fait normal.

OBSERVATION XVII (Charrier).

Le 14 avril 1856 je fus appelé à 7 heures du matin auprès d'une femme multipare qui, disait-on, venait de perdre ses eaux et qui accouchait très vite. Elle se disait enceinte de 8 mois seulement.

Au toucher voici ce que je constate : l'orifice est dilaté comme une pièce de 5 francs ; les membranes bombent à chaque douleur qui revient toutes les 10 minutes ; elle avait perdu à peu près la valeur d'un verre de liquide que l'on voyait par terre dans la chambre. Je la fis coucher ; je restais auprès d'elle pendant une heure, et, voyant que le travail s'alanguissait je m'en allai en

recommandant bien que l'on vint me chercher dès que les douleurs se rapprocheraient.

A 5 heures du soir je retournai la voir ; je trouvai l'orifice dans le même état ; mais instruit par l'exemple que j'avais eu à la Maternité je prescrivis le repos le plus absolu et deux quarts de lavement avec 15 gouttes de laudanum dans chaque, si les contractions se reproduisaient. Elles ne reparurent pas, la malade ne perdit point de nouvelles eaux.

Le 15 au matin l'orifice diminué de moitié était beaucoup plus épais.

Le 16 je trouvai l'orifice interne complètement fermé et le col reformé.

Cette femme n'eut plus d'accidents et accoucha le 6 mai 1856 d'un enfant à terme et bien portant, c'est-à-dire 22 jours après le début du travail.

Les membranes et le placenta étaient normaux.

OBSERVATION XVIII (Charrier et P^r Dubois).

La nommée Stéphane M. . . , 24 ans, couturière, grosse de son 5^e enfant se présente à la clinique le 27 janvier 1857. Elle a été réglée à 15 ans et a eu 2 garçons et deux filles qui sont venus à terme. Elle se dit enceinte de 8 mois ; la dernière apparition des règles a eu lieu le 3 mai 1856. Pendant les 6 premiers mois elle a vomi. Elle entre à l'hôpital parce que depuis le matin elle ressent des douleurs comme pour accoucher.

A la visite du soir le 27 janvier à 5 heures, je trouve le col entièrement effacé, la dilatation grande comme une pièce de 5 francs. L'orifice est souple et dilatable ; on sent à la main l'utérus se durcir. Elle se couche et s'endort : les douleurs la réveillent à 10 heures du soir et se répètent toutes les 10 minutes ;

à 11 heures écoulement d'eau assez considérable qui peut être évalué à un verre et qui est survenu lorsque la malade se promenait dans la salle. Jusqu'à 4 heures du matin les douleurs continuent. A partir de ce moment les contractions cessent, la malade s'endort.

A 8 heures du matin, le 28, je donne à M. Dubois les détails du travail, le degré de dilatation de l'orifice constaté la veille. M. Dubois examine la malade, ne trouve plus la dilatation aussi considérable, il la compare à une pièce de 2 francs. J'explore de nouveau la malade et je trouve le degré de dilatation annoncé par lui.

A 4 heures 1/2 l'orifice est épaissi, souple encore et revenu sur lui-même ; les douleurs n'ont pas reparu.

A 8 heures du matin, le 29, nouvel examen pratiqué par M. Dubois ; le col s'est reformé et l'orifice interne permet seulement l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale de l'index.

La grossesse continua sans encombres jusqu'au 15 février 1857, époque à laquelle cette femme accoucha d'un enfant à terme bien constitué pesant 3 kilogr. 100. M. Dubois examina les membranes et ne trouva aucune fissure, aucune ouverture ; le placenta était normal.

L'accouchement avait eu lieu 21 jours après le début du travail.

OBSERVATION XIX (Charrier).

Madame M..., 20 ans, grande, bien constituée, primipare, n'a jamais été malade ; réglée à 13 ans. Elle a eu pendant le premier mois de sa grossesse des vomissements ; au 3^e mois elle fut affectée d'une hémorrhagie légère qui dura 24 heures (le repos le

plus absolu lui fut ordonné); au 6^e mois du même phénomène hémorrhagique du côté de l'utérus; à sept mois 1/2, à la suite d'une longue course en voiture, notre malade est prise de douleurs lombaires assez vives, mandé auprès d'elle, je redoute une hémorrhagie. — Repos horizontal absolu, lavements narcotiques (c'était le 18 septembre 1857).

Le 19 les douleurs augmentent: je crains un commencement de travail, par suite un accouchement avant terme; je l'examine; le col est complètement effacé et dilaté comme une pièce de deux francs; j'augmente la dose de laudanum ($\frac{3}{4}$ de lavement) dans lesquels on mettra 15 gouttes de laudanum, s'il n'y a pas cessation des douleurs 0,05 centigr. d'ext. gomme d'opium). Le soir les douleurs n'ayant que faiblement diminué, les 0,05 centigr. d'opium sont ingérés. A 11 heures les douleurs se sont éloignées.

A une heure du matin, le 20, elle croit qu'elle perd, elle se sent mouillée, elle a rendu quelques mucosités filantes. Les douleurs n'ont pas reparu; l'orifice s'épaissit, se rétracte, le col se reforme et elle n'accouche que le 20 octobre 1857, c'est-à-dire 32 jours après le début du travail.

J'ai pu examiner cette malade le 10 octobre l'orifice; interne était fermé mais l'orifice externe était béant, mou, infundibuliforme, comme chez une multipare au 8^e mois de la grossesse.

L'enfant pesait 3.000 gr., il était bien portant.

Ni les membranes, ni le placenta ne présentaient rien d'anormal; le placenta n'était pas situé près de l'orifice comme l'auraient pu faire supposer les hémorrhagies qui avaient eu lieu pendant la grossesse; aucune trace d'apoplexie ne fut remarquée dans les cotylédons placentaires.

OBSERVATION XX (du Dr Lizé).

Le 10 août 1881, je suis appelé à 5 heures du matin, rue d'Iéna, n° 27, chez M^{me} L., multipare, qui était en travail depuis 48 heures. M^{lle} Agathe, sage-femme, prévoyant une délivrance prochaine de cette dame arrivée au commencement du neuvième mois, me pria d'apporter mon forceps. Au toucher, le col est difficile à sentir, parce qu'il est fortement porté en arrière, court, très mou, et offre une dilatation de la largeur d'une pièce de deux francs.

Les douleurs revenant toutes les cinq minutes, j'engage la patiente à prendre courage et sitôt qu'une dilatation suffisante permettra l'introduction, l'accouchement sera vite achevé.

Le même jour au soir, le col est toujours fortement en arrière, même dilatation. Le bassin est élevé sur un traversin de balle d'avoine, et les épaules, puis la tête, sont mises sur un plan décliné. Bandage de corps assez serré pour relever le corps de l'utérus qui est antéversion. Le travail se ralentit un peu, et les douleurs se font sentir moins violentes tous les quarts d'heure.

Le 11, le col revient un peu vers le centre du bassin où je le trouve plus facilement; il est presque effacé et reçoit aisément deux doigts; son orifice interne complètement ouvert permet d'atteindre la tête fœtale et la poche amniotique qui fait légèrement saillie.

Grand bain après lequel toute douleur cesse. Le 12, au matin, le col se reforme, s'allonge; l'orifice interne est fermé et tout travail est suspendu.

M^{me} L. . . se lève, reprend ses habitudes ordinaires et elle n'est reprise par les douleurs que le 29 août, à 7 heures du matin, c'est-à-dire vingt-et-un jours après le premier travail. A minuit, le même jour, la sage-femme l'accouchait d'une fille bien por-

tante et venue en première position du sommet. La rupture de la poche des eaux se fit au moment de l'expulsion.

Bonnes suites de couches.

Toutes ces observations prouvent d'une façon péremptoire que dans certains cas le travail de l'accouchement, une fois commencé, peut parfaitement se suspendre complètement et la femme gagner le terme normal de sa grossesse.

Le Professeur Velpeau dans son mémoire dit : Quelles sont les causes de cette anomalie ? Se rattachent-elles à quelque position vicieuse de l'enfant ? Les deux observations qui me sont propres, celle de M^e Desalles et celle que j'ai extraite de ma clinique tendraient à le faire croire. L'explication en serait d'ailleurs facile ; on conçoit en effet que l'action de la matrice, mise en jeu d'une manière quelconque, quand le fœtus se présente mal pourra se suspendre pour un temps plus ou moins long, par suite de la résistance inaccoutumée qu'elle rencontre, et le travail alors est remis indéfiniment. Ne serait-ce pas plutôt à un accouchement qui commence avant terme et dont la cause déterminante finit par s'éteindre avant d'avoir produit la dilatation complète du col utérin, qu'il convient de les rapporter ? Peut-être aussi est-ce tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces circonstances et même quelquefois à toutes les deux ensemble qu'elles appartiennent. Une maladie, un polype, une induration partielle de l'organe gestateur, etc., me sembleraient de nature à produire le

même effet ; mais on ne peut nier que d'assez nombreuses objections se présentent contre ces diverses étiologies et que dans l'état actuel des choses il est tout au plus permis de les donner comme de simples suppositions probables. »

Encore aujourd'hui il est impossible de ne pas se poser les mêmes questions. Les cas de faux travail sont trop peu nombreux pour qu'on puisse établir les causes de la rétrocession d'une façon définitive. Néanmoins aux causes physiques dont parle Velpeau on peut ajouter la brièveté accidentelle du cordon ombilical. Dans notre observation on remarque très bien que la brièveté du cordon a occasionné la rétrocession du travail. On sait aussi que le repos absolu et le traitement opiacé peuvent arrêter le travail commencé avant terme.

Quant à distinguer le faux travail du vrai il n'y a aucun signe certain. Puzos dit qu'on y parvient en remarquant qu'au moment où ces symptômes se manifestent la femme n'est pas à terme ; mais comment s'assurer si elle est à terme ou non ? Notre cliente à la rigueur pouvait être considérée comme étant à terme si on admettait la fécondation immédiatement avant les règles !

Aussi pour ne pas commettre d'erreurs de diagnostic sur l'époque de l'accouchement d'une femme en travail même à terme... le praticien doit-il n'agir qu'avec la plus grande circonspection.

CONCLUSIONS

1° A la connaissance d'un signe de présomption de brièveté du cordon il faut attentivement rechercher tous les autres.

2° Lorsqu'une femme en travail présente un ou plusieurs signes qui peuvent faire supposer la brièveté du cordon ; que la mère et le fœtus ne sont pas en danger il ne faut jamais rompre la poche des eaux avant la dilatation complète *même si le col est dilatable*.

3° Lorsqu'il y a brièveté accidentelle du cordon :

a. L'effacement du col peut se faire de bas en haut.

b. Le col peut reprendre toute sa longueur dans l'intervalle des contractions.

c. L'orifice interne de l'utérus peut seul subsister.

4° L'expression de rétrocession du travail ne doit pas remplacer celle de faux travail.

5° La brièveté accidentelle du cordon peut être cause de rétrocession du travail.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PEU. — Pratique des accouchements, 1694.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses, 1940.
- SPELLIE. — Théorie et pratique des accouchements, 1756.
- ROEDERER. — Elementa artis obstetrica, 1759.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements, 1765.
- LEVRET. — Art des accouchements, 1770.
- WIGAND. — Die geburd mens chen, 1820.
- BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements, 1822.
- STOLZ. — Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements, 1826.
- VELPEAU. — Mémoire sur le faux travail, 1829.
- KENNEDY. — Auscultation, 1830.
- VELPEAU. — Traité d'accouchements, 1835.
- M^e BOIVIN. — Mémorial de l'art des accouchements, 1836.
- HIRTZ. — Brièveté du cordon, 1844.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements, 1846.
- DEPAUL. — Traité d'auscultation obstétricale, 1847.
- DEVILLIERS. — Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements, 1850.
- HILLAIRET. — Moniteur des hôpitaux, 1858.
- FRANKENHAUSER. — Du bruit foetal, de la compression du cordon, etc., 1859.
- J. MATT. DUNCAN. — On the cervix uteri in pregnancy, 1859.

- CHARNIER. — Archives de Médecine, 1858.
Palper abdominal. 1867.
- TARNIER. — Cordon in Dict. de Jaccoud, 1868.
- W. BRAUNE. — Die lage der uterus und fetus am ende der schwangerschaft, 1872.
- WINKEL. — Berichte u. studien, 1874.
- BANDL. — Über ruptur der gebärmutter, 1875.
- CHANTREUIL. — Des dispositions du cordon ; thèse d'ag., 1875.
- CHARPENTIER. — Notes ajoutées à la traduct. de Schröder, 1875.
- SCHRÖDER. — Traité d'accouchements, 1875.
- BIRCH-HIRSCHFELD. — Arch. f. Heilk. 1875.
- LEOPOLD. — Arch. f. Gynæcol., 1875.
- C. RUGE. — Zeitch f. Geb. u. Gynæcol, 1875.
- MARTIN. — Zeitch. f. Geb. u. Gynæcol, 1875.
- BANDL. — Über das verhalten der uterus und cervix in der schwangerschaft un wahend der Geburt, 1876.
- TAYLOR. — Non shortening of cervix uteri during pregnancy, 1877.
- LIZÉ. — Rétrocession du travail, 1881.
- TARNIER. — Bulletin Ac. de médecine (cordon), 1881.
- NŒGELÉ. — Traité de l'art des accouchements, 1880.
- PINARD. — Dict. encyclop. des sc. méd. art. Fœtus,
- SCHAUTA. — Arch. f. Geb. u. Gynæcol, 1881.
- GUÉNIOT. — Bull. acad. méd., 1881.
- H. DELAHAYE. — Du col de l'utérus à la fin de la grossesse. 1885.
- PINARD. — Cours auxiliaire d'acc. Semaine médicale, 1886.
- K. SCHRÖDER et C. H. STRATZ. — Durchmitte durch die gefronemen leichnen, etc., 1886.
- HOFMEIER. — Das untere uterinsegment in anatomisher und physiologistrer beziehung, 1886.
- W. WALDEYER. — Medianschmit einer hochsch wangeren und steinlage de fœtus, etc., 1886.
- PINARD. — Dict. encyclop. des sc. méd. art. grossesse, 1887.
- BARFOUR. — Sectional anatomy of labour' 1809.
- IMBERT. — Le col et le segment inférieur de l'utérus, 1887.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchements, 1888.

VARNIER. — Le col et le segment inférieur de l'utérus, etc., 1888.

DEMELIN. — Segment inf. de l'utérus, 1888.

CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, 1889.

RIBEMONT, — DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'accouchement, 1894.

